

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

237

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Mai 1907, à 1 heure

PAR

Louis LEVESQUE

Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes Dermoides de l'Apophyse Mastoïde

ET DU

PAVILLON DE L'OREILLE

Président : M. RECLUS, professeur

Juges { MM. PINARD, professeur
SEGOND, professeur
LEJARS, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies des enfants		DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY
Clinique chirurgicale	}	GAUCHER
		RAYMOND
		LE DENTU
		TERRIER
		BERGEN
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDÉAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	Vaquez
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS
ET CHIRURGIENS DES HOSPICES CIVILS
DE NANTES

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TEXIER

Chargé de cours à l'Ecole de Médecine

Chef du service d'Oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu

*Témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes dermoïdes de l'Apophyse Mastoïde
ET DU
PAVILLON DE L'OREILLE

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de kyste dermoïde de la conque du pavillon de l'oreille chez un nourrisson, dans le service de M. le D^r Texier chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu ; il nous a paru intéressant de faire des recherches bibliographiques au sujet de ces tumeurs que l'on considère comme exceptionnelles sur le pavillon et comme rares au niveau de l'apophyse mastoïde. C'est dans ce but que nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale « l'Étude des kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille et de l'apophyse mastoïde ».

Nous exprimons ici à notre maître. M. le D^r Texier,

qui nous a conseillé ce sujet, tous nos remerciements et notre profonde reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Reclus de recevoir l'assurance de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous diviserons ainsi notre étude :

Dans un premier chapitre, nous exposerons l'histoire et les observations que nous avons trouvées ; les différentes théories pathogéniques de ces tumeurs feront l'objet d'une seconde partie et nous terminerons par l'étude clinique et le traitement de ces néoplasmes.

HISTORIQUE ET OBSERVATIONS

Toutes les tumeurs liquides et semi-liquides du pavillon de l'oreille ont été longtemps confondues sous le nom d'othématomes. Pourtant dans diverses observations on constate que l'incision de tumeurs diagnostiquées othématomes ne montra aucun épanchement sanguin mais un liquide visqueux, filant, de coloration plus ou moins foncée.

En 1819 Meckel publie une observation de kyste dermoïde du conduit auditif externe dans le journal complémentaire du *Dictionnaire des sciences médicales*.

En 1883 Daron (Alban) publie une observation de kyste congénital et fistule de l'oreille externe.

En 1886 Hartmann (Berlin), dans son *Traité des maladies des oreilles* sépare nettement au point de vue anatomique et clinique les othématomes des kystes du pavillon. La même année Seligmann reprend la question dans un article du *Zuschs für Ohrenheilk* et explique la formation de ces tumeurs kystiques du pavillon de l'oreille.

Knapp, en 1880, à la Société d'Otologie d'Amérique dit que les kystes publiés jusqu'à ce jour ne ressem-

blent pas à la véritable tumeur kystique telle qu'on la rencontre dans les autres régions, c'est-à-dire se développant lentement et sans la moindre réaction inflammatoire, puis il rapporte l'observation d'un kyste chez une jeune fille de 19, ans qui s'est développé sans cause connue et sans réaction inflammatoire.

A partir de cette époque les examens histologiques sont faits d'une façon plus systématique et ce n'est qu'en 1896 que nous trouvons la première observation de kyste dermoïde de l'apophyse mastoïde, avec examen histologique. Nous reproduisons les différentes observations de kyste de l'apophyse mastoïde et du pavillon de l'oreille que nous avons trouvées.

Thèse de Dupretz. Lille 1897. Kystes du pavillon. Dans son *Traité de chirurgie*, Broca dit qu'au pavillon de l'oreille on ne connaît pas de kystes dermoïdes, mais que des cas ont été observés autour de l'oreille ; au-dessus d'elle par M. Hoffmann ; au devant du tragus par Osborn et surtout en arrière de la région mastoïdienne.

Virchow, Gillette, Bryout, Estar ont trouvé dans ces kystes mastoïdiens un contenu huileux.

Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales, d'origine congénitale*.

Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*.

OBSERVATION I

(D^r Genouville. *Gazette des Hôpitaux*, 10 juin 1890).

Kyste dermoïde de la région occipito-mastoïdienne.

D..., 32 ans, valet de chambre, couché au n° 23 de la salle Boyer, hôpital de la Charité, vigoureux et présentant toutes les apparences d'une bonne santé ; rien de particulier dans ses antécédents personnels et héréditaires.

Le malade présente une petite tumeur de la région occipito-mastoïdienne droite, tumeur dont le début est fort ancien. Il se rappelle qu'à l'âge de 14 ans, il en était déjà porteur, mais sans pouvoir préciser davantage. La tumeur a grossi d'une manière insensible et continue : à 14 ans elle était comme une noisette ; aujourd'hui elle est comme un œuf de poule.

Elle est et a toujours été absolument indolente et n'a jamais présenté de symptômes d'inflammation. La seule raison qui porte le malade à réclamer une intervention est le volume, qui commence à devenir gênant sous le chapeau, surtout étant donné le siège de la tumeur.

Le malade entre le 21 février 1890.

La tumeur siège au voisinage de la suture occipito-pariétale droite, à égale distance de la protubérance occipitale externe et de l'apophyse mastoïde. Son volume est celui d'un œuf de poule, sa forme arrondie ; à son niveau la peau est normale, normal aussi le développement des cheveux (sauf trois plaques de psoriasis du cuir chevelu qui, d'ailleurs, siègent non sur la

tumeur mais au voisinage ; sauf aussi une petite cicatrice blanchâtre, de un centimètre d'étendue, cicatrice qui paraît ancienne et semble témoigner d'une chute sur la tête.

Cette peau est absolument mobile sur la tumeur, laquelle est également mobile sur les parties profondes. La tumeur est molle, non tendue et point fluctuante, elle présente des lobules en deux points, n'est pas réductible, ni animée de battements ; enfin, elle est absolument insensible à la pression.

Sur le corps du malade, à l'avant-bras, on trouve encore deux petites tumeurs molles, aplaties, du volume d'une petite noisette et qui sont deux lipomes.

M. Desprès établit son diagnostic entre trois affections : une encéphalocèle réduite aux membranes, un kyste congénital ou dermoïde à parois épaisses et un fibro-lipome sous-cutané du cuir chevelu.

Suivant lui, il est impossible de dire absolument à quelle tumeur on a affaire.

Cependant il pense qu'une encéphalocèle eût été remarquée et eût persisté depuis la naissance. Ce n'est pas là, disait-il, la place des kystes dermoïdes ; ceux-ci sont situés plus près de l'oreille ou de la nuque, et comme d'autre part, il existe une cicatrice sur la peau, il se pourrait que la tumeur fût un fibro-lipome, suite d'un ancien hématome.

Mais comme le traitement du lipome et du kyste est le même, il lui paraissait inutile de faire une ponction exploratrice, l'opération permettant de faire le diagnostic absolu. Le malade est opéré le 26 février sans chloroforme. Une incision en croissant conduit sur la tumeur qui adhère fortement à l'aponévrose épieranienne. L'incision est pratiquée au

moyen d'un bistouri et des ciseaux courbes, le lambeau en croissant est rabattu sur la plaie après ligature d'une artériole dont le fil est laissé pendant au dehors.

Un seul point de suture au fil d'argent rapproche les deux bords de la plaie, sur laquelle on applique un cataplasme de farine de graine de lin.

Les suites de l'opération sont des plus simples : la réunion par première intention s'effectue sans aucune élévation notable de la température ; 37°6 maximum le lendemain de l'opération.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la rareté d'un kyste dermoïde à cet endroit et surtout l'apparence du développement de la tumeur longtemps après la naissance.

OBSERVATION II

(A. Brindel. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 5 mai 1895.)

Kyste dermoïde de la face externe de l'apophyse mastoïde gauche.

Présentation d'un cas de kyste congénital situé à la face externe de l'apophyse mastoïde gauche d'une jeune fille de dix-huit ans, originaire de la Dordogne.

Cette jeune fille, entrée à l'hôpital Saint-André, salle 1, dans le service de M. Gervais, au commencement de janvier, se plaignait d'un écoulement séro-purulent derrière l'oreille gauche depuis l'âge de quatre ou cinq ans. Elle présentait

du reste tous les attributs d'une bonne santé et n'avait jamais ressenti la moindre douleur au niveau du point malade. Pas trace d'adénite cervicale.

En examinant la malade, deux choses frappaient d'abord : une tuméfaction au niveau de l'apophyse mastoïde du côté malade et une forte projection en avant du pavillon de l'oreille. Au milieu de la tuméfaction existait une très petite dépression, véritable cul-de-poule, à bords un peu rouges, d'où suintait une gouttelette de pus : c'était là l'orifice de la fistule.

Si l'on venait à saisir entre deux doigts la tuméfaction elle-même, on sentait qu'elle était formée par une tumeur arrondie, bien limitée, mobile sous la peau, sauf au niveau de la fistule ; très peu mobile, on pourrait même dire adhérente, sur l'apophyse mastoïde dont elle recouvrait le tiers inférieur. Sa consistance était assez dure : elle avait le volume d'une noisette ; elle s'appliquait en avant contre la convexité de la conque qu'elle repoussait et à laquelle elle adhérait légèrement. Un stylet, enfoncé par la fistule, s'arrêtait bientôt et ne rencontrait pas de tissu osseux.

A part la déformation du conduit, rendue inévitable par la position de la conque, c'était tout ce qu'on observait d'anormal sur cette jeune fille ; l'oreille moyenne était intacte et l'audition excellente. Nous ne pourrions songer qu'à trois affections : à une fistule mastoïdienne consécutive à une inflammation de la caisse ou à une carie tuberculeuse de l'apophyse elle-même, à une adénite tuberculeuse du ganglion rétro-auriculaire ou enfin à un kyste congénital autrefois enflammé et continuant à suppurer.

L'intégrité de la caisse ainsi que de la membrane du tym-

pan, la conservation de l'acuité auditive, la longueur de l'affection, l'impossibilité d'introduire le stylet à plus d'un centimètre et de sentir une surface osseuse dénudée firent rejeter le diagnostic de fistule intéressant l'apophyse mastoïde.

La jeune fille, n'ayant dans ses antécédents aucune tare tuberculeuse, présentant une constitution des plus robustes et n'offrant aucune autre adénite du même genre, pas plus au cou qu'ailleurs, le diagnostic d'adénite tuberculeuse suppurée fut encore écarté.

On se rattacha au diagnostic du kyste congénital dont la tumeur offrait d'ailleurs tous les attributs.

M. le Dr Moure auquel nous présentâmes la malade fut du même avis que nous.

L'opération fut des plus simples : une incision linéaire suffit à pratiquer l'énucléation de la tumeur, je dus sectionner au bistouri le point d'union du kyste au périoste de l'apophyse mastoïde et à la face postérieure de la conque. Cherchant alors s'il n'existait pas un moyen de redresser le pavillon, je pensai qu'en enlevant une languette fusiforme de peau à la face postérieure de la conque, j'arriverais, peut-être, à faire disparaître la déformation. J'y réussis en faisant la suture immédiate des deux lèvres de la plaie, de linéaire devenue ainsi elliptique. Réunion par première intention ; le pavillon, qui avait aussi été comprimé par les pansements des premiers jours, avait sa déviation presque corrigée.

L'examen histologique donna le résultat suivant : au milieu de la coupe une cavité kystique limitée sur toute sa périphérie, renfermant toutes les couches de l'épiderme cutané. Les

papilles y sont nettement dessinées ; on aperçoit même, sur certaines préparations, des poils qui ont été sectionnés suivant leur longueur. Les glandes sébacées s'y montrent en grand nombre au milieu du derme ; on y distingue même des glandes sudoripares. Plusieurs faisceaux de fibres musculaires striées, coupées suivant des plans différents, se montrent en plusieurs endroits ; ils appartiennent très probablement aux muscles auriculaires, puis sur plusieurs préparations du tissu cartilagineux qui semble être le point d'implantation du kyste dermoïde.

OBSERVATION III

(Lenhardt. *Normandie Médicale*, 13 décembre 1895.)

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne

Le 16 novembre dernier, une jeune femme de 23 ans se présentait au dispensaire de la rue Emile-Renouf pour être débarrassée d'une grosseur qu'elle portait derrière l'oreille gauche.

Sauf de violentes céphalalgies, auxquelles elle était sujette surtout avant son mariage, cette femme ne possède aucun antécédent morbide, ni personnel, ni héréditaire. Ses parents vivants ont treize enfants bien portants, et elle est mère elle-même d'un enfant de huit mois bien portant aussi. Il y a longtemps, dit-elle, sans pouvoir préciser, qu'elle a remarqué derrière le haut de son oreille gauche, sur la tête et non sur l'oreille, une petite bosse qui s'est développée notable-

ment depuis deux ans. Les réponses contradictoires de ses parents nous prouvent seulement que cette bosse a été vue il y a plus de dix ans et qu'elle n'est la suite d'aucun traumatisme.

A l'examen, nous trouvons ce qui suit : le sillon rétro-auriculaire gauche est comblé, depuis son point le plus élevé jusqu'à une ligne horizontale, qui raserait le bord supérieur du méat auditif, par une tumeur à laquelle la courbure de la conque donne la forme d'un croissant à concavité antéro-inférieure. Ses deux extrémités se terminent en pointes et sa partie médiane, ayant à peu près le volume du pouce, repose directement sur la base de l'apophyse mastoïde, en empiétant un peu sur la conque, qui est légèrement repoussée en avant. Cette partie large s'étend de l'oreille à l'encoche du bord supérieur du temporal destinée à recevoir l'angle postéro-inférieur du pariétal. La peau qui la recouvre a sa coloration normale, sans trace d'érosion, ni de cicatrices, sans même un de ces points noirs montrant l'orifice oblitéré d'une glande ; sur la tumeur même, elle est tellement lisse et tendue, les veinules dilatées sont si visibles, qu'on a l'illusion de la transparence.

A la palpation, la peau est fine et lisse et ne peut être détachée de la tumeur sous-jacente. Celle-ci est élastique, fort peu compressible, non fluctuante ; si l'on déprime avec le doigt la partie inférieure, l'autre doigt placé en haut est refoulé, sans aucun choc, simplement par le déplacement total de la matière contenue dans la tumeur, et le doigt qui a donné l'impulsion ne perçoit pas de choc en retour. Le faible volume de la tumeur empêche la percussion d'être d'au-

cun secours, et sa position ne permet pas l'examen de la transparence à la lumière.

Si l'on appuie la pulpe de l'index sur l'apophyse mastoïde et qu'on refoule la tumeur avec l'ongle en essayant de le glisser dessous, on parvient à sentir en certains points un relief osseux, appréciable surtout à la partie inférieure et qui paraît circonscrire entièrement la tumeur. Il est impossible de la soulever et de la mobiliser en entier, sans qu'on puisse dire si elle est adhérente.

On ne perçoit ni pulsations, ni battements.

Une pression énergique faite avec le pouce amena une syncope de la malade, sans diminuer le volume de la tumeur. Revenue à elle, la malade nous dit qu'elle ne sait à quoi attribuer son évanouissement ; elle n'a ressenti aucune douleur, et n'a entendu aucun bruit dans l'oreille correspondante. Des inspirations profondes, des mouvements exigeant un effort ne font pas varier le volume de la tumeur ; il ne change pas non plus dans les diverses positions de la tête. La compression de la carotide ou des jugulaires ne modifie rien. Enfin, la compression supprimant toute circulation qui ne viendrait pas de l'intérieur du crâne n'a pas plus d'effet : on l'obtient en pinçant entièrement le pavillon de l'oreille et en appliquant avec force un bourrelet de coton tout autour de la tumeur.

L'auscultation du poumon et du cœur ne montre aucun symptôme anormal, mais l'examen de l'oreille gauche, que la malade croyait saine, donne des résultats inattendus : tympan grisâtre, cicatriciel en plusieurs points, percé dans le quadrant supéro-postérieur d'une petite perforation par laquelle l'air passe facilement pendant le cathétérisme de la

trompe. Cette manœuvre ne fait pas grossir la tumeur. L'oreille gauche entend la montre à 0 m. 40 et la droite à 1 mètre. Le diapason vertex est mieux encore entendu à gauche. Pas de bruits subjectifs.

En résumé, voici les symptômes sur lesquels nous pouvons appuyer notre diagnostic : tumeur mastoïdienne âgée d'au moins dix ans, molle, indolente, irréductible, ne se laissant pas déprimer, non animée de battements, sans pigmentation particulière, douée d'un accroissement lent et constant, située en arrière d'une oreille ayant gardé les stigmates d'une otorrhée guérie.

Or, étant donné qu'il fallait éliminer de prime abord les tumeurs malignes, les anévrysmes, les angiomes, les loupes et lipomes, que de plus une poche en communication avec l'intérieur du crâne par l'angle rentrant de la suture temporo-pariétale n'eût pas été en concordance avec l'état de l'oreille, le diagnostic posé fut : pneumatocèle du crâne. La pneumatocèle produite à la suite d'une otite moyenne suppurée par le passage de l'air sous le péri-crâne, grâce à la déhiscence des cellules mastoïdiennes, est une affection rare, il est vrai.

De plus, dans son article du *Traité de Chirurgie* (t. V, p. 595 et 19), M. le Dr G. Marchant donne, comme éléments de diagnostic de la pneumatocèle, outre le siège mastoïdien, la réductibilité de la tumeur et sa réapparition à la suite d'efforts. Mais, dans un cas que nous avons vu au début de nos études et qui fait le sujet de la thèse de notre confrère, M. Brunschvig (1883), l'irréductibilité était complète. La tumeur avait débuté en arrière et en haut d'une oreille, dont l'audition aérienne était abolie; elle présentait « un

semblant de fluctuation » et on sentait à la pression un rebord osseux et des aspérités.

La tumeur de notre malade pouvait être facilement prise pour le début d'une semblable pneumatocèle. Une ponction faite avec la seringue de Pravaz d'abord, avec un gros trocart ensuite, démontre notre erreur en donnant issue à un liquide clair, ambré, qui fut recueilli dans une éprouvette ; abandonné à lui-même il se prend en masse. L'examen fait par un chimiste prouva que c'était un corps gras analogue à l'huile.

La poche étant vidée, on put sentir très nettement dans la base de l'apophyse mastoïde une cuvette à fond lisse, à bords saillants, mousses, logette que la tumeur s'était creusée en s'opposant au développement normal de l'os. Nous avions eu affaire à un kyste qui n'était ni un kyste sébacé, même mélicérique, ni un kyste butyreux ou lacto-oléagineux, comme ceux que décrit Gosselin dans ses cliniques (III-224). Ces derniers, à développement rapide, avaient pris naissance dans un conduit galactophore. C'était certainement un kyste dermoïde à contenu huileux, comme celui de la queue de sourcil dont Broca cite l'observation (*Archives d'ophtalmologie*, 1883).

Nos tâtonnements et l'erreur de diagnostic qui en fut la suite, doivent être attribués en partie à la rareté de ces sortes de kystes, surtout dans cette région, à la présence de la cavité sous-jacente, qu'on pouvait croire en communication avec les cellules mastoïdiennes ; enfin à la coexistence d'une lésion ancienne de la caisse.

Il faut ajouter que, la malade ayant refusé le traitement

proposé, le liquide s'était presque entièrement réformé lorsqu'elle fut revue, trois mois après.

OBSERVATION IV

(Gironde. *Lyon médical*, 1879).

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne. Traumatisme

Le 27 mars 1878, le nommé B..., âgé de 23 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une loupe placée derrière l'oreille et qu'il avait, disait-il, depuis un an environ. Mais en l'interrogeant avec soin, on apprend qu'à l'âge de 10 ans, étant au collège, il avait reçu un coup de pierre dans cette région. Il y eut une plaie qui saigna beaucoup, et il resta toujours après cet accident une légère tuméfaction, mais à peine sensible. Depuis un an environ, il s'est formé à ce niveau une saillie plus nette, plus arrondie, qui atteignit bientôt la grosseur d'un pois et qui, au bout de six mois, avait le volume d'une noisette. Cette tumeur continua à s'accroître lentement et enfin, au moment où il vient se faire opérer, elle a le volume d'un œuf de pigeon. Elle est située sur l'apophyse mastoïde du côté droit. Elle est sous-jacente à la peau, qui glisse facilement sur elle, lisse, arrondie et complètement indolente, la peau n'est pas altérée et on n'observe aucune trace de cicatrice.

L'ablation de la tumeur, pratiquée par M. Letiévant, est assez laborieuse, car elle est fortement adhérente aux tissus voisins. Des vaisseaux assez volumineux se rendent aux

parois de la poche et donnent assez de sang pour faire une ligature... La tumeur incisée fut trouvée remplie d'une substance blanchâtre semi-liquide, et de nombreux poils implantés sur la face interne qui était d'un blanc mat.

La trame fibreuse du derme se termine par une surface plane sur laquelle repose l'épithélium. La couche vasculaire sous-épithéliale a un développement tel qu'il ne s'agit plus simplement de vaisseaux isolés les uns des autres, mais que l'on trouve une véritable nappe sanguine cloisonnée par des travées conjonctives, à la façon d'un tissu caverneux. L'épithélium comprend : la couche de cellules génératrices, le stratum de Malpighi sans cellules crénelées distinctes et une zone cornée dont le protoplasma cellulaire, peu résistant, s'altère et se détruit par un travail de macération et donne ainsi naissance au contenu du kyste. On n'a pu faire tomber la coupe sur un follicule pileux. En deux ou trois points, on distingue des petites glandes sébacées très rudimentaires. Pas de glandes sudoripares.

OBSERVATION V

Kyste dermoïde de la mastoïde. Traumatisme.

Homme de 31 ans, D... Jules, salle Saint-Louis, n° 50.

Fracture probable du crâne il y a quelques années, pas d'autres antécédents pathologiques.

Il y a quinze ans environ, il vit après sa chute sur la tête une tumeur se développer sur la région mastoïdienne droite,

puis bientôt une deuxième tumeur apparut au niveau de l'angle de la mâchoire supérieure. Ces deux tumeurs sont du volume d'un marron, elles sont fluctuantes, et la peau à leur niveau n'est pas recouverte de poils. Teinte rougeâtre de la peau sans phénomènes inflammatoires appréciables.

Extirpation. A l'examen histologique on constate que les deux kystes sont dermoïdes.

OBSERVATION VI

(Service du professeur Poncet, Hôtel-Dieu, Lyon).

Kyste dermoïde pré-auriculaire.

Homme de 21 ans ; Mat... Georges, cuisinier, entre le 15 mai 1880 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe, n° 21.

Bonne constitution. Il y a trois ans environ ce malade remarqua qu'il avait une petite tumeur de la grosseur d'une amande, située au niveau du lobule de l'oreille gauche. Cette tumeur était mobile. Peu à peu elle augmenta de volume. Actuellement cette tumeur a le volume d'un œuf de dinde ; elle est mobile, fluctuante. La peau ne présente pas de changement de coloration à son niveau. Pas de douleur, pas d'adénopathie.

La ponction donne issue à 30 grammes d'un liquide filant, visqueux, ressemblant à de la graisse.

Trois jours après la tumeur s'est accrue, la peau est rouge, il paraît y avoir de l'inflammation de la poche. Extirpation

à l'aide du bistouri : vers l'angle de la mâchoire la tumeur est adhérente, le liquide s'est séparé en trois couches, une inférieure, constitué par du pus, une moyenne c'est du sang, une superficielle constituée par de la graisse liquide qui se coagule.

L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION VII

(Ed. Blanc. *Loire Médicale*, 15 octobre 1895).

Kyste dermoïde du pavillon de l'oreille

X..., âgé de 16 ans, se présente à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu pour être opéré d'une tumeur située à la partie postérieure du pavillon de l'oreille droite.

Il s'en est aperçu pour la première fois, il y a six ans. A cette époque, elle était du volume d'une petite noisette, dure, absolument indolente et solidement implantée sur le cartilage auriculaire.

La tumeur resta pendant trois ans stationnaire. Mais, ces trois dernières années, elle prit un accroissement plus rapide et subit en même temps des modifications notables dans sa consistance, qui devint plus molle, et dans sa mobilité sur les parties profondes, laquelle augmenta dans des limites assez étendues.

A aucune époque de son évolution, elle n'a été le siège de phénomènes douloureux, et, n'étaient un peu de gêne qu'elle

détermine par son volume, et aussi les bien légitimes préoccupations du malade touchant l'esthétique compromise de son visage, il ne songerait nullement à s'en séparer.

Ce qui l'engage en outre à réclamer une intervention, ce sont les progrès de plus en plus rapides de la tumeur.

Actuellement, nous constatons l'état suivant : à la partie postérieure du pavillon est fixée une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, remplissant le sillon auriculo-temporal, et déjetant l'oreille en dehors. Arrondie, molle, rénitente, elle donne au doigt qui la presse une sensation très nette de fluctuation ; le palper ne dénote pas de corps dur dans son intérieur.

La peau qui la recouvre est normale d'aspect, un peu colorée par un lacis vasculaire très délicat. En la pinçant, on sent qu'elle est notablement amincie ; elle glisse très facilement sur les parties profondes et permet d'arriver sur une poche plus dure. Nulle part on ne constate la moindre adhérence.

Cherche-t-on à mobiliser la tumeur, elle se laisse déplacer sur les parties profondes, mais dans des limites assez restreintes : on sent qu'elle est reliée au cartilage sous-jacent.

Le malade n'est porteur d'aucune autre difformité des os ni des parties molles.

Rien dans les fosses nasales ; dentition normale.

Il jouit d'une santé excellente, ne présente aucune trace de strume, ni de rachitisme.

Enfant unique, il n'accuse aucun antécédent héréditaire.

En présence de tels symptômes, nous portons le diagnostic de kyste dermoïde, et nous en pratiquons séance tenante l'extirpation.

La peau est incisée sur une longueur de 5 centimètres. On met ainsi à découvert une poche kystique modérément tendue, non adhérente à la peau, et qu'on énuclée très facilement à l'aide d'un instrument mousse. Mais arrivé à la partie profonde on éprouve une certaine difficulté à terminer la dissection. La tumeur est en effet solidement insérée sur le cartilage par un petit prolongement fibreux qu'on est obligé de détacher à coups de ciseaux.

Le kyste ainsi enlevé dans son entier est immédiatement incisé ; il s'en échappe une bouillie athéromateuse blanc-jaunâtre, renfermant quelques poils très longs et grêles. La poche est épaisse, solide ; sa paroi interne lisse, unie, présente un revêtement de poils follets.

OBSERVATION VIII

(R. H. Johnston. Baltimore. — *Journal of eye ear and throat diseases*, décembre 1903. N° 6).

Large tumeur de la mastoïde.

Une femme de 32 ans présentait sur la mastoïde gauche une petite tumeur depuis la naissance. Elle ne produisit aucun trouble jusqu'à il y a dix mois époque à laquelle elle commença à augmenter rapidement. Insérée près du pavillon, son accroissement avait causé une ulcération de ce dernier à la suite de frottements continuels. La malade fut très alarmée de la rapidité de l'accroissement et désira en être débarrassé. Ablation à la cocaïne.

La tumeur avait six centimètres et demi de long sur deux et demi de large : sa surface était rude, lobulée, couverte de longs cheveux, dure à la palpation ; la surface d'insertion était large. Après coloration à l'hématoxyline et éosine, l'examen histologique donna le résultat suivant : la couche externe était un épithélium formé de trois couches distinctes, pavimenteux, polygonal et ovoïde de dehors en dedans. La couche épithéliale divisait la partie externe de la tumeur en cavités bien définies. Chaque cul-de-sac contenait un tissu glandulaire coloré en bleu et du tissu fibreux coloré en rouge. Le tissu fibreux formait des papilles rudimentaires envoyant des prolongements dans l'épithélium.

La masse de la tumeur était composée de fibres épaisses qui frappaient par leur dureté ; à sa surface se voyaient des poils. A l'intérieur se trouvaient des poils coupés dans leurs follicules, des glandes sébacées en abondance, comme l'on devait s'y attendre étant donné le développement excessif des poils ; pas de glande sudoripare.

La coupe présentait un bel exemple de kyste dermoïde. D'après l'auteur aucun cas de tumeur dermoïde de l'apophyse mastoïde n'a été noté jusqu'en 1903.

OBSERVATION IX

(Clinique d'oto-rhino-laryngologie de Nancy. — Service du
Dr Jacques, 1905, N° 820.)

(Observation recueillie par le Dr Dufays (Saint-Quentin.)

Kyste dermoïde du sillon rétro-auriculaire gauche. —

Charles E..., 11 ans. Entré le 9 octobre 1905. Vient consulter pour une tuméfaction rétro-auriculaire, datant de

l'enfance et ayant décollé le pavillon de l'oreille gauche. L'enfant porte dans la partie moyenne du sillon rétro-auriculaire gauche une tuméfaction mollesse, non fluctuante, indolore et du volume d'une petite noix : les téguments ont conservé leur coloration normale. L'examen fait constater en outre l'existence de végétations adénoïdes volumineuses et d'une hypertrophie amygdalienne.

On porte le diagnostic de kyste dermoïde du pavillon. L'énucléation, pratiquée le 10 octobre, est assez facile. Les bords de l'incision rapprochés par quelques points de suture se réunissent par première intention.

OBSERVATION X

Observation d'un kyste dermoïde du lobule de l'oreille.

(Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso (Décembre 1906. N° 12).

Au congrès de la Société italienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, tenu à Milan en septembre 1906, le professeur Citelli de Catania fit une communication sur un cas de kyste dermoïde du lobule de l'oreille.

La tumeur avait l'aspect d'une petite noisette qui soulevait et distendait seulement la lame cutanée postérieure du lobule. Après l'ablation, l'examen histologique montra que la paroi du kyste était presque exclusivement formée par un épithélium plat, stratifié et ayant tous les caractères de l'é-

pithélium cutané. Le contenu de ce kyste était une bouillie onctueuse. L'odeur *sui generis*, résultait de l'altération plus ou moins grande des éléments cornés se détachant de la couche interne de la paroi épithéliale.

Le professeur Citelli en concluant à la nature dermoïde de ce kyste, dit que jusqu'en septembre 1906 il n'avait pas encore été signalé de cas de kyste dermoïde du lobule. Ce cas est donc unique.

OBSERVATION XI

(Service d'oto-rhino-laryngologie du Dr Texier, Hôtel-Dieu.
Nantes.)

Kyste dermoïde de la conque du pavillon de l'oreille chez un nourrisson.

Le 18 septembre 1905 est amené à la consultation un enfant de onze mois atteint d'une petite tumeur du pavillon de l'oreille. S... Joseph, enfant unique, paraît de bonne constitution. Aucun antécédent, pas de traumatisme. Le père est porteur de trois « loupes » du cuir chevelu. La mère raconte que trois mois environ après la naissance de son enfant, elle constata, au niveau de la conque du pavillon, une petite tumeur, grosse comme un petit pois, qui augmenta sensiblement au point d'obstruer presque complètement le conduit auditif.

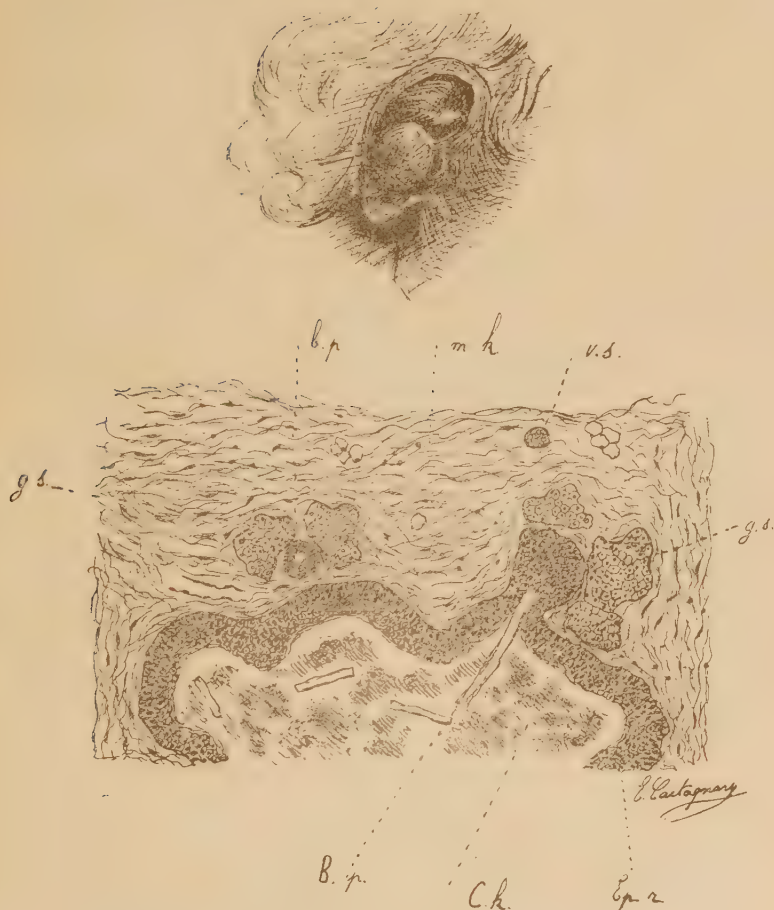
A l'examen on constate une tumeur grosse comme une noisette occupant la portion de la conque située entre le

bord du conduit et l'antitragus qui a disparu. La lumière du conduit est obstruée mais avec un spéculum de Toynbee, on peut examiner le tympan qui est sain. La tumeur est molle, pseudo-fluctuante, mobile sous la peau et assez adhérente aux régions profondes : la peau qui la recouvre est normale et la palpation ne semble pas être douloureuse.

On porte le diagnostic de kyste congénital et l'énucléation pratiquée sous chloroforme est assez facile.

La tumeur, dont les parois ont une épaisseur de 2 millimètres, présente à sa face interne une série de papilles bien séparées les unes des autres. On y remarque une couche mince de cellules aplaties, et lamellaires, recouvrant un corps muqueux de Malpighi, dont la couche basillaire se détache nettement. Plus en dehors une couche réticulaire formée de faisceaux fibreux et de cellules conjonctives dont la trame englobe de nombreuses glandes sudoripares et quelques follicules pileux. On aperçoit dans certains points ces follicules coupés en long et laissant saillir dans l'intérieur du kyste la tige du poil. La paroi centrale est remplie de débris de cellules conjonctives jeunes et de fragments de poils. La substance contenue dans le kyste était blanche, épaisse, en grande partie soluble dans l'éther et l'alcool, sans trace de cholestérine.

Malgré les points de suture et une compression ferme et prolongée la plaie de la conque du pavillon ne se cicatrisa pas par première intention. Après trois semaines de soins la plaie était entièrement cicatrisée et l'enfant revu en mars 1907 ne présente pas de déformation du pavillon, ni du conduit. La cicatrice est presque invisible.



C. k. Cavité kystique rempli d'exsudat et de poils.
 Ep. r. Epithélium pavimenteux stratifié tapissant la cavité kystique.
 B. p. Bulbe pileux coupé suivant l'axe longitudinal.
 b. p. Bulbe pileux coupé suivant un plan horizontal.
 g. s. Glandes pilo-sébacées.
 m. k. Membrane kystique.
 v. s. Vaisseau sanguin.

Nous tenons à remercier ici nos camarades les
 D^{rs} Castagnary et Chapict, préparateurs d'histologie
 à l'Ecole de Médecine, auxquels nous devons la par-
 tie histologique de notre observation.

PATHOGÉNIE

Nous n'avons point l'intention de faire ici un exposé méthodique de toutes les différentes théories pathogéniques émises sur des malformations, kystes et fistules congénitales de la face et du crâne, mais simplement de donner un aperçu de ces travaux.

Il nous importe d'abord de connaître le développement embryologique de l'oreille moyenne et de l'oreille externe. Toutes deux se forment aux dépens de la partie supérieure de la première fente branchiale (évent des célaciens) ainsi que de sa paroi.

Aux dépens de la membrane d'occlusion de la première fente branchiale et des parties voisines des arcs maxillaires hyoïdiens se développe la membrane tympanique ; aux dépens du canal pharyngo-tympanique, c'est-à-dire de la partie de la première fente branchiale située en dedans de la membrane d'occlusion, se forment la caisse du tympan et la trompe d'Eustache (trace du premier sillon). L'oreille externe se forme aux dépens de la partie de la première fente branchiale située en dehors de la membrane d'occlusion. -

Cette première fente (Travaux de His sur les

embryons humains) est entourée de six saillies qui dépendent du premier et deuxième arc branchial. C'est à leur dépens que se forme le pavillon de l'oreille qui correspond, comme on le voit, à une région assez étendue de la tête de l'embryon (région auditive). La dépression limitée par ces saillies devient le conduit auditif externe ; son extrémité profonde est en rapport avec l'ébauche de la membrane tympanique. Il s'approfondit de plus en plus, ce qui est dû à ce que la partie de la face qui l'entoure s'épaissit progressivement. Finalement il constitue un long canal dont la paroi est en partie osseuse et en partie cartilagineuse. Quant aux six saillies superficielles qui entourent l'orifice du conduit auditif externe, elles forment dans leur ensemble un anneau grossier.

A la fin du deuxième mois, toutes les parties essentielles du pavillon peuvent être facilement distinguées.

A partir du troisième ses parties postérieures et antérieures proéminent à la surface de la tête ; en même temps leur consistance augmente parce que le cartilage de l'oreille commence à se différencier à la fin du deuxième mois.

Le temporal est formé par la réunion de plusieurs os, qui sont encore pour la plupart séparés au moment de la naissance. La portion pétreuse (os pétreux) avec l'apophyse mastoïde se développe, à l'aide de plusieurs noyaux osseux, aux dépens de cette partie du crâne primordial cartilagineux qui

renferme l'organe auditif et que l'on désigne, pour ce motif sous le nom de capsule auditive cartilagineuse.

Parmi les travaux parus citons en 1815, un mémoire de Meckel, une étude de Lawrence, en 1852 un travail de Lebert ; Remack en 1854 (*in Deutsche Klinik*), Roser en 1859 (*in Handbuch der anat. Chirurg.*) et Heusinger (*Virchow's Archiv.*) démontrent que les kystes du cou dérivent d'un vice de développement de l'appareil branchial, tout aussi bien et presque par le même mécanisme que les fistules. Puis Verneuil en 1853 démontre que cette pathogénie peut aussi s'appliquer au développement des kystes de la queue du sourcil et de l'angle interne de l'orbite.

En 1877 Cusset (Thèse de Paris) rapproche les tumeurs dermoïdes des fistules branchiales et montre que la pathogénie de ces deux affections étant communes, il est possible d'établir entre elles des rapports cliniques et thérapeutiques intéressants. La face et la portion du cou situées en avant de la colonne vertébrale se développent chez tous les vertébrés, au dépens d'un appareil tout particulier (appareil branchial) composé d'une série d'arcs parallèles séparés les uns des autres par des fentes (fentes branchiales) analogues aux poissons. Chez l'homme cette disposition n'est que transitoire ; peu à peu les arcs se soudent entre eux, de sorte que les espaces disparaissent complètement. Ces changements morphologiques sont soumis à des règles

invariables et toutes les causes qui agissent de façon à empêcher le développement et la soudure des arcs entre eux, ont pour résultat de rendre permanent ce qui n'était que transitoire; de là des variations très grandes depuis les monstruosités proprement dites jusqu'aux simples difformités, dans lesquelles il faut faire entrer certaines fistules, certains kystes d'origine congénitale. »

Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux*. Kirmisson. *Traité des maladies chirurgicales, d'origine congénitale*, 1898. « Si la notion des arcs branchiaux rend compte des fentes et fissures congénitales de la face dont le bec de lièvre est le type, au cou et à la tête elle explique la présence des fistules congénitales, par le défaut de l'occlusion des fentes branchiales. »

Il faut donc laisser de côté les différentes idées émises sur la pathogénie des kystes congénitaux que l'on a expliqué par la parthénogénèse ou l'inclusion fœtale pour admettre la théorie de l'enclavement de Verneuil qui, si elle n'explique pas suffisamment la genèse des tumeurs complexes, est très admissible pour les kystes dermoïdes et muqueux de la face et du cou.

A une période embryonnaire, une fissure doit se produire et à son niveau un pli de l'ectoderme ou de l'endoderme se trouve pincé et inclus, en plein tissu mésodermique. De l'évolution anormale de ce pli invaginé, trois ordres de formations résultent : 1° des kystes qui sont dermoïdes, si c'est le tégument

externe qui est emprisonné ou mucoïdes, s'il s'agit d'un enclavement de la muqueuse ; 2° des fistules ; 3° des tumeurs.

Cette condition se trouve réalisée au crâne et à la face, aux points de soudure des lames osseuses et des bourgeons osseux qui entrent dans la composition de la face. « Supposons qu'un arc supérieur se soude prématurément à l'arc sous-jacent : voilà un pli ectodermique ou endodermique enclavé entre les deux arcs. Si cet enclavement porte sur la poche externe de structure cutanée qui tapisse un épithélium pavimenteux, il se produit un kyste dermoïde. Si la partie enclavée est la poche interne que revêt, un épithélium vibratile, il se forme un kyste mucoïde.

« Les fistules branchiales dérivent aussi d'une incomplète occlusion d'une fente branchiale, restée ouverte sur une plus ou moins grande étendue de son trajet ; il en est un certain nombre qui succèdent à l'ouverture d'un kyste, ce qui établit une forme de passage entre le kyste et la fente branchiale. »

En 1895 M. le Dr Coyne dans une discussion à la Société d'anatomie démontre que les kystes dermoïdes de l'apophyse mastoïde provenaient d'un diverticulum de la première fente branchiale.

La cavité dermoïde n'est donc autre qu'un petit sac de peau enclavé au milieu des tissus de l'embryon.

Le tégument externe tout entier se trouve ainsi

enclavé : épiderme, derme et glandes. Cette invagination ectodermique peut rester inaperçue ou stationnaire pendant des années. Puis à la puberté surtout, ce petit sac de peau se développe : les poils y poussent ; la poche s'accroît en surface parce que la cavité s'y distend par l'accumulation des produits de desquamation et de sécrétion sébacée.

Les connexions de ces tumeurs avec les parties osseuses sont particulièrement intéressantes. Elles sont constantes mais offrent des types divers : tantôt elles adhèrent à la surface osseuse par un simple tractus fibreux ; tantôt par un véritable pédicule enchâssé dans une petite empreinte conique en forme d'entonnoir, comme c'est le cas des kystes péri-orbitaires ; tantôt elles traversent l'os en pleine épaisseur ; parfois elles présentent un prolongement sous-jacent à l'os, comme c'est le cas des kystes intracrâniens de l'inion ; parfois enfin elles sont tout entières incluses au-dessous de la surface osseuse.

Toutes ces variétés s'expliquent aisément ; elles dépendent de l'époque à laquelle s'est fait l'inclusion ectodermique. Si cet enclavement précède notablement la fusion des lames ou bourgeons osseux et si le noyau ectodermique a pris des adhérences avec les parties profondes, il peut arriver, ou bien qu'il reste caché sous ces lames, ou bien qu'il soit pincé entre elles par un prolongement perforant plus ou moins large, ou bien qu'il leur soit rattaché par un pédicule plus ou moins pénétrant.

Quel rôle peut jouer le traumatisme dans l'apparition des kystes dermoïdes ?

M. Gross (de Nancy). *Revue médicale de l'Est*, 1884, a décrit des tumeurs perlées des doigts, dues aux éléments épithéliaux refoulés vers les parties profondes au moment d'un traumatisme et qui subissant une véritable implantation, deviennent les germes d'une tumeur. Poulet (*Bull. Soc. Chirurgic.*, 1886) a rapporté un cas de kyste dermoïde du doigt d'origine traumatique. Kirmisson (*Dict. encycl. des Sc. médicales*) se demande s'il n'y a pas lieu de décrire, à côté kystes congénitaux, des kystes dermoïdes acquis et dus à l'enclavement accidentel de lambeaux épidermiques dans la profondeur des tissus. Péraire (*Revue de Chirurgie*, 1892), Le Fort (*Revue de Chirurgie*, 1894) prétendent que les kystes dermoïdes traumatiques sont produits par le développement d'un fragment cutané enfermé dans la profondeur des tissus par un agent vulnérant, le plus souvent ils sont purement épidermiques.

Plusieurs anatomistes et certains histologistes tendent à faire du cholestéatome primitif et même des cholestéatomes secondaires aux vieilles otorrhées de véritables néoplasmes d'ordre hétéroplasique. Ces « tumeurs nacrées » ne seraient que de véritables dermoïdes. Il faut dans ce cas admettre la théorie de Virchow, défendue par Mikulicz, Boettcher et Küster et rejeter les conceptions de Schmiegelow, Bezold

1. Henri Luc. *Suppuration de l'oreille moyenne*, 1900.

et Habermann. Toutes ces théories ont de nombreux partisans, mais comme aucune d'elles ne peut expliquer la totalité des faits, la genèse du cholestéatome est encore passible d'objections.

DIAGNOSTIC

A la face et au crâne les kystes dermoïdes présentent certains caractères généraux permettant de faire le diagnostic. Leur siège est constant et répond à une fente branchiale antérieure. Bland Sulton a donné un schéma représentant la situation des fistules auriculaires congénitales. L'un de ces points correspond à la portion antéro-inférieure de l'hélix et l'autre à la partie la plus inférieure de la conque. Etant donnée la situation de la première fente branchiale le siège de prédilection des kystes dermoïdes de la mastoïde sera voisin du sillon auriculo-temporal. Le volume de ces kystes est ordinairement peu considérable, une noisette, une noix, une prune.

Rarement adhérent à la peau, le kyste dermoïde a des connexions intimes avec la surface osseuse sous-jacente ; tantôt un simple tractus fibreux, plus souvent un véritable pédicule enchâssé dans une petite empreinte conique osseuse en forme d'entonnoir.

On les observe, en général, après la naissance, quelquefois tardivement ; leur début a toujours lieu pendant la vie embryonnaire et s'ils ne sont pas remarqués sitôt la naissance, c'est à cause de leur

petit volume et à cause du peu de troubles qu'ils occasionnent. Au moment de la puberté, ou de la grossesse, ils subissent, en général, un développement rapide qui s'explique, étant donnée leur structure. Lawrence cite cependant un cas dans lequel le développement est resté stationnaire sans incommoder le malade jusqu'à la fin de ses jours. Sous l'influence d'un traumatisme ou d'une irritation, ils peuvent s'enflammer et suppurer ; on a alors des fistules intarissables qui peuvent rendre le diagnostic difficile.

La tumeur est indolente ; la peau non altérée glisse sur sa surface ; les petits kystes sont quelquefois très durs, rénitents, les volumineux sont mous et malléables sous la pression, plus ou moins fluctuants. D'abord mobiles, ils deviennent plus tard adhérents. Leur paroi propre a la même consistance et structure que la peau. Leur contenu est variable : débris d'épithéliums, matières grasses, cholestérine, poils, quelquefois matières calcaires ; d'autres fois le contenu est plus liquide, d'apparence jaunâtre, muqueux.

Quelles sont les tumeurs, siégeant soit sur l'apophyse mastoïde, soit sur le pavillon de l'oreille, qui peuvent être confondues avec des kystes dermoïdes ?

A l'apophyse mastoïde il faudra éliminer l'encéphalocèle, la pneumatocèle, le kyste sébacé, le lipôme, le fibrome et les tumeurs érectiles.

L'encéphalocèle et la méningocèle de la région mastoïdienne résultent, comme celles de l'orbite, d'une

absence d'oblitération de la première fente branchiale. Le plus souvent la substance cérébrale a disparu, la dure-mère et les méninges seules persistent : tumeur souvent pédiculée, parfois arrondie mais sans bosselures : la pression est indolente et ne réduit qu'exceptionnellement la tumeur. La respiration n'a pas d'influence sur son volume. Si la méningocèle est volumineuse, la peau est amincie, souvent anormalement vascularisée, la ponction donne du liquide sous-arachnoïdien. Tous ces caractères sont rarement réunis pour une même tumeur. Les deux signes les plus importants pour faire le diagnostic d'une encéphalocèle sont la congénitalité et l'existence de déformations osseuses au pourtour de la base et du pédicule de la tumeur.

La pneumatocèle est une tumeur due à une solution de continuité des cellules mastoïdiennes ou du sinus frontal et qui se produit soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme, soit par une lésion osseuse inflammatoire. Elle siège en arrière et au-dessus du conduit, son volume varie d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon. La peau est lisse, sans aucun changement de coloration, uniformément soulevée par une tumeur arrondie dont les caractères sont la sonorité, la réductibilité par la pression, la réapparition et l'augmentation sous l'influence des efforts, par exemple l'action de se moucher.

A la réduction d'une pneumatocèle mastoïdienne le malade perçoit dans l'oreille correspondante un bruissement, un bruit de claquement, un sifflement

que le chirurgien peut parfois entendre par l'auscultation de la région.

La pneumatocèle est limitée par un rebord résistant qui conserve l'empreinte du doigt, ayant quelque analogie avec le rebord osseux qui accompagne certaines collections sanguines de la voûte du crâne (Observation de Denonvilliers).

Cette tumeur peut disparaître spontanément ou par ponction pour se former de nouveau dans la suite ; son existence n'entraîne aucune altération de l'ouïe, sans lésion de l'oreille moyenne.

Les kystes sébacés sont des tumeurs assez communes au niveau de la face et du cuir chevelu. Le kyste sébacé est parfois enchâssé dans la peau, immobile, rond ou étalé en large lentille ; au cuir chevelu, il se développe plutôt dans le tissu sous-cutané, devient plus mobile, et se présente sous la forme d'une tumeur hémisphérique, régulière, de volume variable, distendant la peau qui est amincie, lisse, parfois très vascularisée ; on observe parfois de la fluctuation. Souvent à la partie culminante, on trouve un point noir qui est l'orifice élargi du canal excréteur rempli de cellules épidermiques pigmentées.

L'indolence est complète et les signes fonctionnels nuls.

La poche est formée par la paroi de la glande légèrement hypertrophiée, tapissée à son intérieur par un épithélium stratifié dont les couches centrales subissent au fur et à mesure la désintégration graisseuse, le contenu formé de cellules épithéliales

dégénérées, de débris granulo-graisseux présente, suivant la prédominance de l'un de ces éléments, une consistance solide demi-liquide, ou liquide, d'où les noms d'athérome, de stéatome, de mélicéris, de kyste huileux (une variété de kystes huileux ne sont, pour certains auteurs, que des dermoïdes transformés).

Les lipômes sont rares au cuir chevelu mais se rencontrent assez souvent sur le cou (lipôme du chapeau). Parfois congénitales, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, ces tumeurs sont indolentes, mobiles, lobulées, fluctuantes. Leur développement se fait avec lenteur et d'une façon régulière. Leur structure est formée par du tissu adipeux.

Au crâne les fibromes du périoste ne sont pas rares. Ce sont des tumeurs circonscrites, comme enkystées au milieu du tissu qui leur a donné naissance, de forme arrondie, lisses, souvent vallonnées par l'existence de lobes multiples. En général leur consistance est ferme, sauf les cas où le tissu a subi l'infiltration œdémateuse.

A la coupe on voit un tissu blanc grisâtre, sec, criant sous le scalpel, à fibres concentriques ou entrecroisées. Il faut noter que les fibromes peuvent subir des transformations séreuse, muqueuse, grasseuse et calcaire.

On peut trouver des angiomes simples ou caverneux, cutanés ou sous-cutanés. Ces derniers seuls peuvent embarrasser le diagnostic : souvent la peau a conservé sa coloration normale et l'on sent sous les téguments une petite masse molle, incom-

plètement réductible, sans que la communication artério-veineuse soit anormale. Si l'angiome communique avec les veines du diploé ou même avec les sinus craniens, la tumeur est réductible, s'affaisse et se remplit de sang avec la plus grande facilité.

Les anévrismes ont des caractères propres qui feront facilement éviter les erreurs.

Nous ne ferons que citer les kystes parasitaires à cysticoques ou echinocoques et l'adénite du ganglion rétro-auriculaire.

Au pavillon de l'oreille le kyste dermoïde peut être plus facilement diagnostiqué que dans la région mastoïdienne. L'hématome du pavillon de l'oreille a des caractères propres et une évolution spéciale. Son apparition à la suite d'un traumatisme, sa fréquence chez les aliénés et les déments paralytiques et son siège habituel dans la cavité de l'hélix, plus fréquemment à gauche, sont autant de signes précieux pour le diagnostic. Au début on constate une tuméfaction générale de l'oreille qui devient en même temps rouge ou bleuâtre, luisante, chaude et douloureuse, ce qui indique un léger degré d'inflammation. L'hématome peut arriver dès le premier jour à son complet développement ou s'étendre au contraire peu à peu. La fluctuation est manifeste au centre, plus douteuse sur les parties périphériques et parfois on rencontre une légère crépitation. Son contenu est une sérosité visqueuse, sanguinolente, composé en partie de sang noir et coagulé. Les parois de la poche sont formées, d'une part par le périchondre et la peau,

d'autre part par la surface externe du cartilage qui présente des altérations particulières préexistantes. L'hématome peut suppurer ou s'ouvrir spontanément mais le plus souvent le sang subit un travail de résorption lente et la tumeur disparaît en laissant des déformations caractéristiques.

Les kystes sébacés et séreux peuvent être pris pour des kystes dermoïdes. Si leurs caractères propres et la ponction ne peuvent suffire au diagnostic, seul l'examen histologique pourra fixer sur la nature de la tumeur. Quant aux fibromes, angiomes et anévrismes, nous en avons parlé à propos des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne et nous ne ferons que citer les fibro-chondromes branchiaux, les chéloïdes et les tumeurs crétacées du pavillon.

Si le kyste avait suppuré antérieurement, la fistule pourrait être imputée à une inflammation aiguë ancienne de la mastoïde ou d'une région voisine, dans ce cas l'examen au stylet de la fistule et l'examen complet de l'oreille suffiraient, avec les commémoratifs, pour établir le diagnostic.

TRAITEMENT

Le seul traitement vraiment radical est l'ablation complète de la poche kystique. Le plus souvent le kyste ne saurait être disséqué avec son contenu en raison des adhérences. Comme il est nécessaire de voir exactement ce que l'on fait, il est préférable d'inciser le kyste suivant son plus grand diamètre et le disséquer après l'évacuation de son contenu ; mais si la tumeur a de grandes dimensions on donnera la préférence à l'incision cruciale qui permet une énucléation plus rapide et plus facile. L'intervention se fera sous chloroforme pour les enfants et avec la cocaïne ou l'alypine pour les adultes.

Dans la région mastoïdienne la cicatrisation se fera par première intention s'il n'y a pas eu de faute opératoire. Au contraire, pour les kystes du pavillon, il est bon de rappeler une particularité intéressante. On connaît l'adhérence intime de la peau et du cartilage à l'état normal. Que cette adhérence soit rompue d'une façon brusque (abcès, hématomé) ou progressive (tumeur) après l'opération, la guérison est rendue plus difficile qu'ailleurs, par l'écartement des parois de la poche, qu'il est difficile

de maintenir rapprochées. Malgré les points de suture l'accolement des parois ne se produit pas, il faut pour les maintenir en contact, mettre en œuvre une compression ferme et prolongée. En 1899 le docteur Ephraïm de Breslau signale un cas de paralysie faciale à la suite de l'ablation d'un kyste du conduit auditif. Il s'agissait d'une fille de 11 ans qui présentait à la paroi inférieure du conduit auditif une tumeur de la grosseur d'un demi-noyau de prune. L'ablation complète de la poche kystique fut pénible et il se produisit pendant l'excision de la paroi une paralysie totale de la moitié droite du visage, qui subsista trois semaines sans changement, puis commença à rétrograder lentement (1).

1. *Monasschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehltopf-
nasen Rachen Krankheiten*, mai 1899, n° 5.

CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes de la région mastoïdienne sont des affections rares dont le diagnostic peut présenter des difficultés.

Au pavillon de l'oreille (si nous ne considérons pas les kystes mastoïdiens se prolongeant sur la face postérieure du pavillon) ces tumeurs sont exceptionnelles, puisque nous n'en avons trouvé qu'un cas au niveau du lobule et un autre cas au niveau de la conque. Ils sont facilement diagnostiqués dans cette région.

Ces tumeurs congénitales peuvent rester longtemps ignorées, car souvent elles n'occasionnent aucun trouble suffisant pour attirer l'attention.

Si la théorie de l'enclavement de Verneuil n'explique pas d'une façon complète la genèse des tumeurs dermoïdes complexes, elle explique suffisamment la présence de kystes dermoïdes au niveau de la région mastoïdienne et du pavillon de l'oreille.

Dans aucune de nos observations l'apparition

d'une tumeur dermoïde ne peut être attribuée à un traumatisme antérieur.

Le seul traitement de ces tumeurs est l'ablation complète de la poche kystique.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ITARD. — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition.
Paris, 1842.
- KRAMER. — Traité des maladies de l'oreille. Paris, 1848.
- TOYMBEE. — Recherches physiologiques des maladies de l'oreille. Londres, 1850.
- TRIQUET. — Maladie des oreilles. Paris, 1857.
- URBANTSCHISTCHT. — Traité des maladies de l'oreille, 1881.
- MIOT et BARATOUX. — Traité des maladies des oreilles, 1884.
- POLITZER. — Traité des maladies des oreilles, 1884.
- VOITURIER (Dr). — Collection non hématique du pavillon
(Journ. de méd.). Lille, 1886.
- HARTMANN. — Formation des kystes du pavillon (Zeich. für
Ohren, 1886-1887-1888).
- JANNEY. — Kystes près de l'oreille. Th. med. and Surgic.
Report. Philadelphie, 1886.
- HERSLER. — Kystes du pavillon après l'othématome, 1886.
(Arch. F. Ohren.)
- SELIGMANN. — Formation des kystes du pavillon (Z. f. O),
1886.
- BEC. — Kyste séreux du pavillon (Gaz. Hôp.), 1897.
- CUSSET. — Thèse de Paris, 1877. « Etude sur l'appareil bran-
- Levesque

chial chez les vertébrés et sur quelques affections qui en dérivent chez l'homme. »

BLAND SUTTON. — Tumeur de l'apophyse mastoïde (Bulletin médical), 1888.

HALT. — Tumeur tératoïde de l'oreille (Americ. Otolog.), 1888.

ROLLET. — De l'apparition tardive des kystes dermoïdes. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Paris, 1889.)

SWENDT. — Malformation congénitale de l'oreille avec kystes et fistules (Arch. für Ohrenheilkunde), 1891.

LAVRAND (D^r) (Lille). — Traitement des kystes du pavillon, 1892. Soc. franç. d'otol. et laryng. Soc. médicale.

COYNE. — Des kystes (Arch. clin. de Bordeaux), 1892.

HEURTAUX (Nantes). — Tumeur de derrière l'oreille, Soc. anat. Gaz. médicale, 12 déc. 1891.

LE FORT. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes traumatiques (Revue de chirurgie. Paris 1894).

DELBET. — Pathogénie des tumeurs hétérotogiques (Union médicale. Paris 1895).

URBANTSCHITSCH. — Néoplasmes bénins du pavillon, 1895 (Société autrichienne d'oto-rhino-laryngologie).

SHEIBE. — Tumeurs de l'oreille (Archiv. of. Otologie, 1896).

STEINE. — Tumeurs de l'oreille (Kœnigsberg), 1896.

DUPRETZ. — Kystes du pavillon (Thèse Lille 1897).

GAUDIER. — Etude des kystes, 1897. Lille, Société française d'otologie et laryngologie.

SINGER. — Kyste dermoïde du pavillon (Société autrichienne d'oto-rhino laryngologie), 1899.

SUGAR. — Tumeurs du pavillon (Archiv. für Ohren.), 1899.

LAKE (R.). — Kystes séreux du pavillon, 1901. Soc. otologie du Royaume-Uni.

CHAVASSE. — Tumeur fibreuse du pavillon, 1902. Soc. française laryng., mai 1902.

CARRABRO. — Kyste sébacé du conduit auditif, 1902 (Boletto de laryng.)

POLI. — Formation kystique de l'oreille externe, 1903. VI^e Congrès de Soc. oto-laryng.

BRAISLIN. — Tératome de l'oreille (Brooklyn med. Journ., 1903.

D^r COOSEMANS (Bruxelles). — Tumeurs kystiques du pavillon (Société d'otologie belge), 1905.

HALAZ. — Kyste dermoïde de la mastoïde (Archiv. of. Ohren.), 1904.

SCHATZ. — Kyste osseux du pavillon (Monat. f. ohren.), 1905.

WOISLAVOSKY. — Tumeurs de l'oreille (Annales of. otologie), 1906.

BONNEFONT. — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition.

BROCA. — Traité des tumeurs.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.

LANNELONGUE ET ACHARD. — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.

LANNELONGUE ET MÉNARD. — Affections congénitales, tête et cou. Paris, 1891.

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.

KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris, 1898.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

